FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1885 — N° 356

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Presentée et soutenue le 30 *juillet* 1885, *à* 1 *heure,*

Par Albert MAGNIER

Né à La Neuville-sur-Oudeuil (Oise), le 15 février 1860.

Ancien externe des hôpitaux de Paris.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ULCÉRATION

DANS LES TUMEURS BÉNIGNES

Président : M. RICHET, *professeur.*

Juges : MM. { BALL, *professeur,* DEBOVE, CAMPENON, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

52, RUE MADAME ET RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 14

1885

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.................... M. BÉCLARD.

Professeurs............ MM.

Anatomie..	SAPPEY.
Physiologie......................................	BECLARD.
Physique médicale............................	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale..............	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale..........................	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales..............	BOUCHARD.
Pathologie médicale...............................	PETER. DAMASCHINO.
Pathologie chirurgicale...........................	GUYON. LANNELONGUE
Anatomie pathologique............................	CORNIL.
Histologie..	ROBIN.
Opérations et appareils............................	DUPLAY.
Pharmacologie.....................................	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale................	HAYEM.
Hygiène..	N.
Médecine légale...................................	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés..............................	TARNIER.
Histoire de la médecine et de la chirurgie..........	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.............	VULPIAN.
Clinique médicale...................................	SEE (G.). JACCOUD. HARDY. POTAIN
Clinique des maladies des enfants..................	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale..	BALL.
Clinique des maladies syphilitiques..................	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses....................	CHARCOT.
Clinique chirurgicale................................	RICHET. VERNEUIL. TRELAT. LE FORT.
Clinique ophthalmologique..........................	PANAS.
Clinique d'accouchements..........................	PAJOT.

DOYEN HONORAIRE : M. VULPIAN

Professeurs honoraires : MM. GOSSELIN, BOUCHARDAT.

Agrégés en exercice.

MM.
BLANCHARD.
BOUILLY.
BUDIN.
CAMPENON.
CHARPENTIER.
DEBOVE.
FARABEUF, chef des travaux anatomiques.
GARIEL.

MM.
GUEBHARD.
HALLOPEAU.
HANOT.
HANRIOT.
HUMBERT.
HUTINEL.
JOFFROY.
KIRMISSON.
LANDOUZY.

MM.
PEYROT.
PINARD.
POUCHET.
QUINQUAUD.
RAYMOND.
RECLUS.
REMY.
RENDU.
REYNIER.

MM.
RIBEMONT-DESSAIGNES.
RICHELOT.
Ch. RICHET.
ROBIN (Albert).
SEGOND.
STRAUS.
TERRILLON.
TROISIER.

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'École a arrête que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS PARENTS

A MES ONCLES ET A MES TANTES

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR RICHET

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Paris,
Membre de l'Institut,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

A M. LE PROFESSEUR BOUCHARD

Professeur de pathologie générale à la Faculté de Paris,
Médecin de l'hôpital Lariboisière,
Chevalier de la Légion d'honneur.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ULCÉRATION

DANS LES

TUMEURS BÉNIGNES

INTRODUCTION

Aussi loin que l'on remonte le cours du passé, voire même que l'on pénètre jusqu'à l'origine de la chirurgie, on s'aperçoit que, cliniquement, les tumeurs sont divisées en deux grandes classes :

1° Les tumeurs bénignes;

2° Les tumeurs malignes.

Les premières, toutes locales, stationnaires et inoffensives, indolentes et mobiles sur les parties

voisines dont elles sont parfaitement indépendantes ne gênent que par leur volume ou les troubles mécaniques qu'elles apportent parfois au libre fonctionnement des organes; elles n'ont aucune tendance à l'envahissement; jamais elles n'infectent l'économie.

Les secondes, rapides dans leur développement, s'ulcèrent, donnent lieu à des hémorrhagies, envahissent les ganglions, se généralisent, récidivent après ablation et, dans un temps relativement très court, amènent la mort au milieu des plus atroces souffrances.

Cette division, comme le dit si justement M. Reclus dans sa pathologie externe, « est peut-être encore la meilleure que la clinique possède(1)». Mais souvent, il est bien difficile d'affirmer où finit la bénignité et où commence la malignité. Entre ces deux extrêmes, il y a tous les intermédiaires et parfois une même tumeur, de longtemps bénigne et lente à se développer, peut tout d'un coup s'ulcérer, sous l'influence d'une cause banale en apparence, donner lieu à une suppuration abondante et fétide, affaiblir le malade et prendre, en un mot, les allures de la tumeur la plus maligne.

Tels sont les deux cas qu'il nous fut donné d'observer récemment à l'Hôtel-Dieu de Paris, dans le service de clinique de M. le Professeur Richet.

L'un était un fibrome plantaire ulcéré, compliqué

(1) Pathologie externe, Reclus, t. I.

d'épithéliome avec retentissement sur les ganglions inguinaux correspondants.

L'autre était un angiome ulcéré de la région mastoïdienne.

En face de pareils faits cliniques, nous avons cru qu'il ne serait peut-être pas inutile de choisir comme sujet de notre thèse inaugurale : « De l'ulcération dans les tumeurs bénignes ».

Loin de nous la prétention d'aborder un sujet encore inexploré. Les chirurgiens de tous les temps ont observé des cas de tumeurs bénignes ulcérées. Nos auteurs classiques parlent de cette complication, et pour ne citer qu'un nom, nous dirons que Broca, dans son magnifique ouvrage sur les tumeurs, traite cette question d'une façon toute magistrale.

Malgré les nombreux travaux antérieurs touchant cette complication, nous avons néanmoins choisi ce sujet, convaincu que nous sommes que c'est par la connaissance approfondie d'une pathogénie bien comprise, d'une symptomatologie bien précise que l'on arrive à éviter les nombreuses erreurs de diagnostic parfois si préjudiciables au malade et toujours ennuyeuses pour le chirurgien.

Nous nous proposons donc d'appeler particulièrement l'attention sur la pathogénie de l'ulcération des tumeurs, sur le diagnostic différentiel des tumeurs malignes et des tumeurs bénignes ulcérées, sur le pronostic et le traitement de ces dernières, nous réservant d'effleurer en passant la grande question de la dégénérescence des néoplasmes.

Mais avant tout, qu'il nous soit permis de remercier publiquement notre très savant maître, M. le Professeur Richet, pour l'honneur qu'il nous a fait de nous agréer comme externe pendant l'année 1882 et de vouloir bien aujourd'hui accepter la présidence de notre thèse. C'est, en effet, à ses leçons si remarquables de brio, de logique et de clarté que nous devons la meilleure partie de nos connaissances chirurgicales; c'est à l'école de cet éminent praticien que nous avons compris ce qu'il fallait, dans une opération, « de courage froid, sans fougue et sans faiblesse », comme disait Pariset.

Nous sommes donc doublement heureux et fier de pouvoir témoigner ici notre respectueuse reconnaissance à notre illustre maître.

Nous croirions également manquer à nos devoirs les plus élémentaires de gratitude, si nous terminions ce travail inaugural sans témoigner notre profonde et sincère reconnaissance à notre excellent maître, M. le Professeur Bouchard, dont les idées larges et neuves ont contribué puissamment à former nos jeunes convictions médicales.

Nous remercions aussi M. le Docteur Picqué, chef de clinique chirurgicale, qui a bien voulu nous suggérer l'idée de ce travail et nous fournir quelques-uns des documents sur lesquels il est appuyé.

Enfin nous n'avons garde d'oublier M. le Docteur Galipe, chef de laboratoire à la Faculté, et M. le

Docteur Bazy, ancien chef de clinique chirurgicale qui, pendant nos études médicales, n'ont cessé de nous aider de leurs précieux conseils.

Que M. Vilars, interne distingué des hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté, reçoive aussi nos plus sincères remerciements pour l'amabilité avec laquelle il nous a communiqué le résultat de l'examen microscopique de notre angiome ulcéré.

PATHOGÉNIE
DE L'ULCÉRATION DES TUMEURS

Parmi les nombreuses modifications que subissent les tumeurs pendant leur évolution naturelle, l'une des plus importantes est sans contredit *l'ulcération*. Mais toute différente est la nature de ce travail ulcératif suivant qu'il s'adresse à une tumeur bénigne ou qu'il s'attaque à une tumeur maligne.

Pour celle-ci, en effet, l'ulcération résulte de l'évolution même de la production morbide qui parvient à la face profonde d'une membrane tégumentaire muqueuse ou cutanée. Elle se produit, comme le dit Broca, « en vertu d'une propriété du tissu pathologique (1) », qui poursuit sa marche envahissante jusqu'à ce qu'il vienne s'ouvrir à l'extérieur sous forme d'ulcération dite alors *naturelle* (Broca) ou *spécifique* (Lücke).

Tout autre est la nature du processus pathologique, lorsqu'il frappe une tumeur bénigne. L'ulcération n'est plus alors une phase de l'évolution du néoplasme, mais elle est occasionnée par l'excessif volume de la tumeur, par un vice de nutrition, par des frottements, des contusions, des

(1) Broca, Traité des tumeurs.

chocs répétés et anormaux, par un traumatisme, des cautérisations insuffisantes ou toute autre intervention chirurgicale intempestive. Il s'agit donc d'une ulcération *artificielle* (Broca) ou *accidentelle* (Lücke).

Étudions donc le mécanisme qui préside dans ces deux cas à la formation de l'ulcération. Sans parler de l'inflammation qui peut quelquefois envahir la surface non ulcérée d'une tumeur maligne, Broca rapporte avoir vu se produire un abcès chaud entre la tumeur et la peau. Sans parler de la gangrène qui peut frapper parfois les téguments qui recouvrent le néoplasme, nous dirons que d'ordinaire, dans les tumeurs malignes, l'ulcération se produit sans inflammation et sans gangrène. Elle n'est, pour me servir d'une expression de Broca « qu'une des conséquences de la propriété de propagation. Les seules tumeurs qui s'ulcèrent naturellement sont celles qui se propagent ». — Les éléments de la production morbide s'étendent par une progression insensible, par des rayonnements multiples; ils envahissent les tissus en s'appropriant les organes mêmes; ils gagnent le tissu cellulaire sous-cutané, ils infiltrent et pénètrent d'abord les couches profondes du derme, puis les couches superficielles. La peau, qui était souple et mobile sur la tumeur, devient adhérente; elle prend une teinte violacée et un aspect gaufré; graduellement elle s'amincit jusqu'à ce qu'enfin elle soit détruite dans toute son épaisseur.

La tumeur est alors *exposée* (Hunter) et l'ulcération, conséquence de cette exposition, se produit, non pas en vertu d'une *inflammation ulcérative*, comme le voulait Hunter, mais comme le dit Broca, parce que ce travail ulcératif est « un phénomène *sui generis* » ; il est le résultat de l'accroissement interstitiel du néoplasme. — C'est, en un mot, le but vers lequel tendent toutes les tumeurs malignes, et qu'elles atteignent au bout d'un temps qui varie avec la nature de la production morbide et avec l'épaisseur des téguments.

Bien différent est le mécanisme de l'ulcération dans les tumeurs bénignes. L'ulcération n'est plus alors le résultat d'un envahissement interstitiel, mais la conséquence d'une distension excessive de la peau ou d'une cause purement accidentelle.

Les tumeurs bénignes n'ont aucune tendance à envahir les organes voisins. Elles aplatissent, compriment, écartent ou refoulent les tissus qui les entourent, sans les dénaturer. La peau qui les recouvre est soulevée, distendue; elle ne contracte aucune adhérence; elle ne participe pas au néoplasme ; on peut la déplacer, la mobiliser sur les parties profondes ; la tumeur ne peut s'ulcérer qu'accidentellement.

Les causes de cette ulcération accidentelle sont très diverses. Elles sont tantôt extrinsèques, tantôt intrinsèques au néoplasme.

Dans le premier [cas, sous l'influence de chocs,

de froissements répétés, d'irritations de toutes sortes, d'une intervention chirurgicale intempestive ou de toute autre cause venant de l'extérieur, la peau, qui recouvre la partie saillante de la tumeur, s'excorie ; l'épiderme se détache ; le derme mis à nu et continuellement irrité, s'entame et suppure ; l'ulcération est produite.

L'ulcération peut encore survenir sous l'influence de causes qui relèvent de la tumeur elle-même. Voici, par exemple, un fibrome qui lentement grossit ; peu à peu, avec les années, il atteint un volume de plus en plus considérable. La peau distendue outre mesure, s'étire, s'amincit et finit enfin par céder ; mais à l'entour de l'ulcération, les téguments sont normaux ; ils conservent leur souplesse et leur mobilité sur les parties profondes. Deux agents principaux, comme le dit Broca, ont donc concouru à la formation de cette ulcération : « D'une part, l'amincissement graduel de la peau, d'abord distendue, puis absorbée de dedans en dehors par suite des progrès continuels d'une tumeur un peu dure ; d'autre part, l'insuffisance de nutrition qui résulte d'un obstacle à la circulation ». Il y a une nécrose par places de téguments étirés et mal nourris. D'ailleurs ce phénomène est observé sur des tumeurs qui ne sont pas des néoplasmes, par exemple sur des hernies volumineuses.

Mais, contrairement à ce qui se passe dans les tumeurs malignes, jamais cette ulcération n'est

précédée d'adhérence intime, ni d'infiltration de la peau. « Cette sorte de gangrène moléculaire, écrit M. Reclus dans sa pathologie externe, par distension excessive, n'a donc rien de commun avec la dégénérescence cutanée du cancer. »

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.

Il faut savoir, dit Broca, que le phénomène de l'ulcération, comme tous ceux qui constituent le cortège de la malignité, n'est pas un caractère absolu, spécifique, qu'il varie du plus au moins et qu'il ne peut, à lui seul, servir à distinguer ou à définir une ou plusieurs espèces de productions accidentelles. »

Aussi, au point de vue clinique, est-il parfois impossible d'affirmer, d'après la seule physionomie d'une ulcération, si elle appartient à une tumeur maligne ou à une tumeur bénigne.

Néanmoins, toujours ce phénomène de l'ulcération apporte de fortes présomptions en faveur de l'une ou l'autre espèce de productions morbides.

Les ulcères présentent donc les aspects les plus variables ; ils n'ont pas toujours de caractères spécifiques, de signes pathognomoniques, soit dans leur forme, soit dans l'état de leur fond ou de leurs bords.

Mais on ne peut nier que, dans la très grande majorité des cas, en suivant les malades pendant quelque temps et en étudiant avec grand soin

l'aspect extérieur et le mode de développement de l'affection, l'on arrive, d'après la physionomie d'une tumeur ulcérée, à faire un diagnostic juste.

L'ulcération naturelle marche vite; elle a une tendance très marquée à envahir les parties voisines, soit en surface, soit en profondeur; elle repose sur une base indurée et infiltrée. Autour de l'ulcération, la peau a pris une teinte violacée; elle est adhérente et toute ridée. La surface de l'ulcère est blafarde, sanieuse, irrégulière, à bords saillants, durs, calleux, épais, renversés en dehors sous forme de bourrelets ou taillés à pic. Le fond est anfractueux, cratériforme, grisâtre, présentant un suintement ichoreux, roussâtre, semblable à de la lavure de chair, d'une odeur nauséabonde, fétide, rappelant l'odeur de souris, persistante, pénétrante et renfermant des détritus moléculaires de la tumeur. Parfois, à la surface de la tumeur, s'étalent des végétations sous forme de fongosités mollasses, livides, saignant au moindre contact et s'épanouissant au-dehors en de larges champignons violacés ou d'énormes têtes de brioches, comme dit Velpeau. Pour en retracer le tableau complet, nous ajouterons que ces ulcérations de mauvaise nature n'ont aucune tendance à la cicatrisation, qu'elles tendent au contraire sans cesse à détruire localement les tissus et à se généraliser vers d'autres organes; souvent aussi, elles sont accompagnées de douleurs lancinantes, d'engorgement ganglionnaire, de retentissement sur la santé générale, d'hémorrhagies

et d'état cachectique avec coloration jaune paille des téguments. Il ne faudrait pas croire pourtant que les végétations et les hémorrhagies soient l'apanage exclusif des tumeurs malignes. Tout néoplasme par cela seul qu'il est ulcéré, peut se couvrir de végétations et être sujet à des hémorrhagies. Quoi qu'il en soit, ce sont des phénomènes qui sont incomparablement plus fréquents dans cette dernière espèce de productions morbides.

L'ulcération de nature bénigne est généralement d'un rouge vif ; elle présente à sa surface des bourgeons exubérants qui ressemblent à des bourgeons de tissu cicatriciel. A quelques millimètres de l'ulcère, la peau est souple et mobile.

C'est ainsi que les choses se sont passées chez les deux malades qui font l'objet de nos observations. La peau et les tissus avoisinant l'ulcération ne présentent aucune altération.

Sous l'influence du repos ou de pansements appropriés, la lésion tend à se cicatriser sur ses bords. Parfois il suffit d'écarter les causes d'irritations extérieures, telles que chaussures trop dures, vêtements, corsets, courroies, etc., pour qu'en quelques jours l'ulcère se cicatrise.

C'est le cas de dire et avec juste raison : *Sublàta causa, tollitur effectus.*

Les hémorrhagies à la surface des fibromes ulcérés sont très rares, si l'on excepte les polypes naso-pharyngiens. Birkett signale cependant un fait où l'écoulement sanguin fut des plus sérieux.

Au lieu de ce liquide ichoreux et fétide qui s'écoule des ulcères de mauvaise nature, il y a une suppuration franchement purulente. Parfois la quantité de pus ou de liquide séro-sanguinolent est assez grande pour affaiblir le malade. Quelquefois aussi, et c'est ce qui nous fut donné de constater chez nos deux malades, l'inflammation ulcérative est accompagnée de douleurs très vives. Il peut même arriver que le suintement ichoreux produise sur la peau voisine de l'irritation, de la rougeur, de l'érythème et même des excoriations qui ajoutent encore aux misères du patient et provoquent un engorgement ganglionnaire. Cet engorgement, de nature inflammatoire, en impose souvent pour un engorgement spécifique et, si l'on n'a pas soin de fouiller le passé pathologique du malade, de chercher s'il n'y a rien de suspect dans les antécédents héréditaires ou acquis, on s'expose à prendre une fausse piste et à commettre les plus graves erreurs de diagnostic.

On a dit que la facilité de séparer par le raclage de petits fragments des points envahis, plaiderait en faveur d'une tumeur maligne ; mais l'examen histologique des produits ainsi obtenus n'apprend rien de bien précis.

En résumé, il existe parfois des signes pathognomoniques qui nous permettent de distinguer d'une façon certaine une ulcération bénigne d'une ulcération de mauvaise nature ; mais dans certains cas épineux, pour faire ce diagnostic différentiel,

ce n'est pas tant l'aspect de l'ulcération que nous devons considérer, mais bien plutôt la marche de la tumeur, le développement de l'ulcère, l'état général du malade, l'état des ganglions, le résultat des pansements.

En un mot, s'il est vrai de dire avec notre excellent maître, M. le professeur Richet, « que la pratique vit de détails », il n'est pas moins juste de soutenir, qu'en chirurgie comme en médecine, c'est en examinant soigneusement son malade, c'est en ne négligeant aucun détail, si minime soit-il, que l'on arrive à porter un diagnostic exact. Et souvent il dépend d'un rien, d'une chose insignifiante, que nous nous engagions dans une fausse voie et que gratuitement, nous nous exposions à toutes sortes de déboires.

PRONOSTIC.

En règle générale, les tumeurs bénignes ulcérées comportent le même pronostic que les tumeurs bénignes non ulcérées. Un fibrome ulcéré est toujours un fibrome; un lipome ulcéré est toujours un lipome; un angiome ulcéré est toujours un angiome. Ces néoplasmes n'entraînent de danger que par leur très grand développement ou par les troubles de voisinage qu'ils occasionnent.

Le temps que la production morbide a mis à se développer et à s'ulcérer, son volume et son siège jouent également un rôle important dans le pronostic. Ainsi les fibromes des os et du périoste présentent plus de gravité que les fibromes des autres régions.

Souvent même, ces tumeurs sont gênantes, non seulement par les difformités qu'elles produisent à l'occasion de leur poids et de leur volume, non seulement par la compression et le tassement des parties voisines, mais surtout par les complications de l'ulcération.

Ainsi cette surface ulcérée peut être le siège d'hémorrhagies plus ou moins abondantes qui acquièrent parfois une gravité réelle, soit par elles-mêmes, soit par l'anémie qu'elles entraînent à leur suite.

Dans notre observation d'angiome ulcéré, ce qui surtout inquiétait le malade, c'étaient les pertes de sang continuelles.

Elle peut également être le point de départ d'un érysipèle, ou bien d'une suppuration prolongée, complication capable, par elle-même, d'affaiblir et d'épuiser le malade.

Mais si l'on remarque qu'un ulcère de nature quelconque peut fournir une égale quantité de liquide, et que la santé générale n'est gravement atteinte et sérieusement compromise qu'après un temps relativement très long, on sera vite édifié et rapidement on sera convaincu combien il y a loin de là à la cachexie précoce et marquée que l'on observe dans les tumeurs malignes à peine ulcérées ou même dépourvues de toute ulcération.

Jamais les tumeurs bénignes et les fibromes en particulier ne se généralisent, malgré quelques observations assez peu probantes de Virchow et de Paget. Rarement elles récidivent après ablation ; et encore lorsqu'elles le font, il est probable que l'on aura fait une opération incomplète ou, comme le dit M. Reclus dans sa pathologie externe : « Que l'on aura laissé quelques lambeaux de la tumeur, foyers d'une abondante repullulation. Les polypes naso-pharyngiens ont sous ce rapport une triste renommée. Mais ce n'est qu'une malignité toute locale. »

Il n'est pas rare non plus que cette tumeur bénigne ulcérée, par le fait seul de l'ulcération, qui n'est en réalité, qu'une irritation permanente, devienne le point de départ d'un néoplasme malin surajouté, d'un épithéliome, par exemple. Ne

voyons-nous pas chaque jour le cancroïde s'abattre sur de vieux ulcères, sur des papillomes continuellement irrités ou des kystes sébacés ulcérés; parfois même l'épithélioma succède à des cautères longtemps entretenus, ou bien à certaines affections de la peau.

Le pronostic change alors de face ; il s'assombrit et peut devenir fatal, si l'on n'intervient pas à temps. Ce qui contribue encore à aggraver le pronostic, c'est l'engorgement ganglionnaire. Dans la plupart des cas, il est vrai, cet engorgement n'est qu'inflammatoire et par conséquent éphémère, mais quelquefois aussi il est spécifique, ce qui indique un commencement d'infection. Ce n'est alors qu'au prix de grands délabrements que l'on peut espérer obtenir une guérison définitive. Et encore souvent l'opération est fort aléatoire, attendu que l'on n'est jamais sûr d'avoir atteint les dernières limites du mal.

L'ulcération est donc toujours une complication des tumeurs bénignes, complication qui tend parfois à revêtir les caractères d'une exceptionnelle gravité.

TRAITEMENT.

Le traitement ressort naturellement des considérations dans lesquelles nous venons d'entrer.

Les tumeurs bénignes qui ne sont gênantes, ni par leur volume, ni par leur poids, ni par les troubles de voisinage, et dont une cause locale occasionnelle a déterminé l'ulcération, peuvent se cicatriser à la faveur d'un pansement convenable ou même souvent simplement par le repos. Tel est le cas d'énorme lipome ulcéré rapporté par Paget dans *on Tumours ;* Lond., 1853, et celui de Lebert cité dans son Traité d'anatomie pathologique générale et spéciale.

Seules, doivent être traitées de la sorte, les productions morbides dont le volume ou le siège s'opposent à l'ablation ; dans la plupart des cas, il est possible de les enlever sans danger sérieux pour le sujet. Il vaut mieux le faire ; mais il faut alors que l'opération soit complète et radicale. Telle est l'observation recueillie par Broca, dans le service de Gerdy, et consignée par lui dans son Traité des tumeurs ; telle est cette autre observation de Maunoir rapportée dans ses Mélanges de chirurgie étrangère (t. II, p. 544). Dans ce dernier cas, il s'agissait d'un vieillard de quatre-vingts ans, qui portait à la nuque et au cou un énorme lipome ulcéré ;

malgré le grand âge du sujet, Maunoir pratiqua l'ablation de la tumeur. La guérison fut complète.

Si dans ces cas, nous conseillons l'opération, à plus forte raison sommes-nous partisan de l'ablation large et complète à l'exclusion de toute autre méthode, lorsqu'il s'agit d'une tumeur bénigne ulcérée compliquée d'une production de mauvaise nature. Il faut intervenir rapidement et largement. Il faut enlever la tumeur et les ganglions s'il en est qui sont engorgés.

En résumé, le chirurgien ne doit pas ignorer que les tumeurs les plus bénignes, par cela seul qu'elles sont ulcérées, deviennent un danger permanent pour l'individu qui les porte. Aussi pour peu qu'elles soient accessibles, l'extirpation rapide et radicale demeure le seul traitement rationnel.

DEGÉNÉRESCENCE DES TUMEURS.

Nous avons vu précédemment comment une tumeur bénigne peut tout d'un coup, à la suite d'une contusion ou même sans aucune cause appréciable, subir un accroissement de volume considérable et donner lieu à des accidents rapidement graves. Il n'est pas de praticien qui n'ait observé cette métamorphose d'une tumeur pendant longtemps bénigne en une tumeur tout à coup maligne. Qui n'a vu, en effet, le papillome, la verrue du visage devenir un épithélioma ; la vulgaire loupe du cuir chevelu donner naissance à un ulcère de mauvaise nature? (Verneuil.)

Il faut donc en inférer nécessairement qu'une modification est survenue dans la texture du tissu morbide, dans la manière d'être des éléments de cette tumeur, modification lente, progressive, produite par des irritations de n'importe quelle nature. En face d'un pareil fait clinique, n'est-il pas permis de se demander s'il y a eu déchéance, dégénérescence du tissu originel ou simplement substitution d'un tissu morbide qui est venu se surajouter au premier, l'étouffer et en prendre la place?

« Bien qu'à leur début, dit Astley-Cooper, en par-

lant des tumeurs bénignes du sein (1), les tumeurs n'aient aucun caractère de malignité, et bien qu'elles continuent à être, pendant de longues années, exemptes de toute tendance semblable, elles peuvent cependant, à un moment donné, à l'époque de la ménopause, par exemple, devenir le siège d'un travail nouveau et subir une dégénérescence de nature cancéreuse. »

Virchow, d'autre part, admet cette dégénerescence dans sa *Pathologie des tumeurs*. « On ne saurait en aucune façon introduire dans la pathologie les grandes discussions qui se sont élevées de nos jours dans les sciences naturelles descriptives, notamment au sujet de la compréhension de l'espèce et qui ont trouvé dans la théorie de Darwin une solution jusqu'à présent encore si contestée. Nous n'avons aucune espèce de tumeur qui se transmette avec une hérédité aussi tranchée et aussi absolue qu'on l'a supposé dans le monde végétal et animal. Nous avons au contraire des parentés telles qu'une espèce de tumeur peut passer immédiatement dans une autre espèce. »

Plus récemment, M. Reclus écrit dans sa *Pathologie externe :*

« Plusieurs cliniciens admettent la métamorphose possible des fibromes en sarcomes et en carcinomes. On a observé, par exemple, chez de jeunes filles ou de

(1) Astley Cooper, Œuvres chirurgicales complètes. Traduction Richelot et Chassaignac.

jeunes femmes, des noyaux fibreux de la mamelle qui, dans l'âge de la ménopause ou dans la vieillesse ont pris tout à coup les allures d'une tumeur maligne. (1) »

Et plus loin le même auteur ajoute :

« La transformation d'une tumeur en une autre tumeur, d'un néoplasme bénin, par exemple, en un néoplasme malin, a été fort longtemps contestée ; cependant la clinique a définitivement résolu ce problème et nous tenons pour démontrée cette métamorphose. (2) »

A côté des chauds partisans de la dégénérescence, il existe un grand nombre d'auteurs qui soutiennent l'opinion contraire. Parmi les principaux, nous citerons d'abord Broca qui nie formellement ce transformisme morbide :

« Les tissus, comme les individus, dit-il, traversent, avant d'arriver à leur état définitif, diverses phases qui se succèdent pour chacun d'eux dans un ordre déterminé. Jamais un tissu normal complètement formé ne se transforme en un autre tissu. Ces transformations apparentes sont des substitutions et non des transformations de tissus ; de même qu'un animal adulte ne peut se transformer en un autre animal. » — « Si le mot *dégénérescence* appliqué aux tumeurs était pris dans un sens purement clinique, s'il indiquait seulement le changement qui

(1) Reclus, Path. externe, t. I, p. 174.
(2) *Idem*, p. 162.

survient dans la marche de la maladie, s'il était synonyme d'aggravation, il ne vaudrait pas la peine de s'en préoccuper. Mais ce mot dans la pensée de ceux qui l'emploient exprime un changement de nature, une transformation des éléments anatomiques; il veut dire qu'un tissu de bonne nature a dégénéré en un tissu de mauvaise nature. » — « La plupart des productions accidentelles subissent en se développant une série de modifications qui constituent leur évolution naturelle ou qui résultent de certains accidents de structure. Mais en parcourant les phases successives de leur évolution, elles ne perdent pas leur identité. La dégénerescence des tumeurs n'est autre chose que le passage d'une phase de leur évolution à une autre phase. Il peut y avoir et il y a en réalité changements de structure; mais ces changements de structure ne sont pas des changements de nature. (1) »

Labbé et Coyne, dans leur *Traité des tumeurs bénignes du sein*, défendent la même proposition. « Nous sommes disposés à nier d'une façon absolue la possibilité de cette transformation qui serait le fait d'une dégénération... »

Et plus récemment encore, M. le professeur Verneuil faisait une leçon clinique sur ce groupe de tumeurs dites de *métamorphose* ou de *substitution*.

Devant ces opinions qui se heurtent, devant ces théories qui s'entrechoquent, nous croyons avec

(1) Broca, Traité des tumeurs.

Broca que jamais il n'y a *dégénérescence*, mais plutôt *substitution*. Ou bien, en effet, « la tumeur primitivement fibreuse, devient l'origine d'un travail pathologique qui modifie complètement la structure du néoplasme. Ce n'est pas que le tissu ancien se change lui-même en un tissu nouveau différent, mais celui qui se forme à côté de lui, au lieu de passer par la série de transformations qui l'amènent à l'état de tissu conjonctif parfait, reste embryonnaire. (1) »

Ou bien, sous l'influence de l'ulcération qui est une cause d'irritation permanente, il se fait à la surface du néoplasme un travail de substitution analogue à celui qui fait développer une production accidentelle au sein d'un tissu naturel. Nombre d'individus portent sur différentes parties du visage des papillomes, des verrues, de petites excroissances constituées par l'hypertrophie des glandes cutanées, des vaisseaux, etc.

Un beau jour, après être restée stationnaire pendant vingt ou trente ans, l'une de ces petites tumeurs, écorchée sans cesse, devient le point de départ d'un épithéliome. Est-ce à dire qu'il y eut dégénérescence du papillome en cancroïde? Assurément non, et il est bien plus juste d'admettre qu'il y eut substitution d'un tissu nouveau à l'ancien et qu'il se comportera dans l'excroissance cutanée, comme il aurait pu le faire dans le tissu normal de la

(1) Labbé et Coyne, Traité des tumeurs bénignes du sein.

peau, « en y produisant, comme dit Broca, des éléments nouveaux qui prennent la place des anciens après les avoir écartés ou détruits. »

A l'appui de cette doctrine, Broca cite le cas d'une femme de soixante-cinq ans qui portait un nœvus congénital de la lèvre inférieure. Ce nœvus devint le siège d'un épithélioma. L'ablation fut pratiquée et au microscope on trouva que l'altération épithéliale s'était étendue en surface au delà des limites de la tumeur érectile dont les parties profondes n'étaient pas encore envahies.

Dans l'observation de fibrome plantaire que nous rapportons à la fin de notre thèse, nous sommes également en présence d'un épithélioma qui peu à peu se substitue au fibrome, le détruit, modifie tout d'un coup sa marche, retentit sur les ganglions inguinaux correspondants et revêt en un mot les caractères d'une production morbide de mauvaise nature. Mais ici comme ailleurs, le travail qui s'opère à la surface du fibrome est un travail substitutif et non pas un travail dégénératif.

En résumé, si au point de vue clinique on peut conserver le mot dégénérescence comme synonyme d'aggravation, au point de vue pathogénique, il doit être rejeté, attendu qu'il est erroné de penser que les éléments d'un néoplasme bénin, d'un fibrome, par exemple, puissent subir la transformation épithéliale ou cancéreuse. Il se fait à la surface de la tumeur originelle un travail de *substitution* et non

pas un travail de *dégénérescence*. C'est ainsi que nous voyons, dans notre observation I, des éléments épithéliomateux venir se greffer sur des éléments fibreux, les écarter, les détruire, et finir par les supplanter.

OBSERVATIONS.

Observation I (personnelle).

Fibrome plantaire ulcéré, compliqué d'épithélioma.

La nommée Eléonore B..., concierge de profession, âgée de 54 ans, est entrée le 21 mai 1885, à l'Hôtel-Dieu, salle Notre-Dame, lit n° 3, pour se faire opérer d'une tumeur plantaire du pied droit très douloureuse, qui la gêne pour marcher. La malade, toujours bien portante, sans antécédents d'aucune sorte, ne sait à quoi attribuer l'apparition de cette tumeur. Elle s'est aperçue, il y a environ trente ans, qu'elle avait à la face plantaire du pied droit, une petite dureté, un poireau, comme elle dit elle-même, et comme elle en porte un autre à la face externe du pouce; mais elle n'y fit pas autrement attention.

En sa qualité de concierge, cette femme frottait les escaliers. Aussi sous l'influence de la marche, de frottements répétés, de contusions de toutes sortes, la tumeur augmenta peu à peu de volume. De la grosseur d'une tête d'épingle, elle atteignit avec les années, la dimension d'une châtaigne. Enfin, il y a un an, elle devint le siège de douleurs sourdes d'abord, puis lancinantes et insupportables.

C'est alors que cette femme commença à s'inquiéter. Elle consulta un médecin qui lui fit des scarifications et quelques cautérisations. Ceci se passait au mois de mars dernier. A partir de cette époque et de cette intervention chirurgicale, apparut une nouvelle phase dans l'évolution de la tumeur; ce fut comme un coup de fouet donné à la maladie. La production morbide, de lente et en apparence stationnaire qu'elle

était depuis trente ans, revêtit tout d'un coup les caractères de la malignité. Rapidement elle s'ulcéra, donna lieu à une suppuration abondante et à des souffrances excessivement vives. Peu à peu l'ulcération gagna en surface et en profondeur et il y a un mois apparut un engorgement des ganglions inguinaux du côté correspondant.

Actuellement, la tumeur a la forme et le volume d'un gros marron. Elle est ulcérée, bordée par un bourrelet saillant et dur. La surface de l'ulcération est inégale, sillonnée par une série de scissures assez profondes qui la divisent en plusieurs lobes ; fongueuse et saignant facilement, elle verse continuellement au dehors un pus nauséabond mélangé à des détritus épithéliaux. Le passage entre la peau saine et l'ulcération est brusque.

Au palper, la tumeur est d'une consistance résistante et élastique et paraît implantée sur l'aponévrose plantaire.

Les ganglions inguinaux du côté correspondant se sont engorgés depuis quelque temps. Ils sont peu douloureux, mais ils présentent une tuméfaction assez considérable.

Opération. — La tumeur fut enlevée le 31 mai par M. le professeur Richet ; à l'aide de deux incisions curvilignes, l'éminent chirurgien de l'Hôtel-Dieu circonscrivit la production morbide, et la disséqua en raclant l'aponéveose plantaire à laquelle elle était adhérente. La tumeur du pied seule fut opérée. L'ablation des ganglions inguinaux fut remise à plus tard, attendu, qu'en l'état actuel des choses, il était impossible de déterminer si l'on avait affaire à une inflammation de voisinage ou à un engorgement spécifique.

Suites de l'opération. — Le pansement de la plaie fut des plus simples. Il fut appliqué chaque jour des morceaux de tarlatane trempés dans une solution de sublimé. L'excellence de ce mode de pansement à la liqueur de Van Swieten aussi simple que puissamment antiseptique est démontrée par toute une série d'observations prises au hasard dans le service de clinique de l'Hôtel-Dieu.

Des onctions avec l'onguent napolitain furent faites sur la masse ganglionnaire; des cataplasmes furent constamment appliqués; mais la tumeur du pli de l'aine ne se réduisit pas et, comme l'avait prévu M. le professeur Richet, on était réellement en présence d'un engorgement spécifique.

Examen microscopique de la tumeur. — Sur une coupe perpendiculaire à la surface de la tumeur le tissu morbide présente à son point d'implantation des faisceaux de fibres conjonctives entre-croisés, formant des mailles très étroites et un tissu très serré; en un mot, cette partie de la tumeur est constituée par du tissu fibreux. Elle en a la consistance; à la coupe, elle crie sous le scalpel et est d'un blanc rosé. C'est donc un fibrome.

Mais par une transition insensible, on trouve en allant du pédicule à la surface des faisceaux de fibrilles conjonctives moins serrés séparant de petits amas de cellules épithéliales.

Enfin, à la surface de la tumeur, l'élément fibreux a disparu pour faire place à des couches successives de cellules dentelées, de cellules plates, enfin de cellules cornées, appelées encore *globes épidermiques*. Et au milieu de ces éléments divers, on aperçoit les canaux des glandes sudoripares remplis et obstrués par des amas de cellules épithéliales plus ou moins déformées et des noyaux libres. Pour me résumer, nous avons donc affaire à un *épithéliome* greffé sur un fibrome.

Voilà donc une tumeur d'ancienne date à évolution lente jusqu'au moment où un traumatisme chirurgical lui a donné, au mois de mars dernier, une impulsion violente et a provoqué d'une part une *ulcération accidentelle* et d'autre part le développement d'un *épithélioma*. L'ensemble des symptômes que nous présentait ce néoplasme, sa consistance,

l'aspect, la forme de l'ulcération, l'état des tissus voisins et des ganglions correspondants, nous indiquait clairement qu'il s'agissait d'une tumeur mixte. D'après ce que nous avons dit précédemment sur la pathogénie de l'ulcération, il est évident que l'ulcère au début était purement accidentel et par conséquent de nature bénigne ; mais plus tard sous l'influence d'une cause inconnue, survint la transformation épithéliale. Reste donc à savoir si cette transformation épithéliale est comme l'ulcération le résultat d'irritations venues du dehors, ou si au contraire elle dépend du processus de la tumeur ; si, en un mot, nous sommes en présence d'un fibrome enflammé ou d'un fibrome dégénéré. Mais d'après ce que nous avons dit précédemment sur la dégénérescence des néoplasmes, nous croyons pouvoir conclure que l'épithélioma ne fut pas la conséquence d'une dégénérescence des éléments fibreux en éléments épithéliomateux, mais qu'il se développa à la surface du fibrome plantaire comme il aurait pu le faire sur une surface cutanée ou muqueuse vierge de toute production morbide. La cause occasionnelle de l'apparition de ce cancroïde fut l'ulcération et les irritations de toutes sortes ; sans ces traumatismes répétés, cette tumeur serait à jamais restée fibreuse ; de même que les *noli me tangere* resteraient toujours stationnaires, s'ils n'étaient sans cesse égratignés.

« Ces cancroïdes, ces cancers externes, ces pseudo-cancers, disait M. le professeur Richet dans

une leçon clinique faite en 1882 et consignée dans le *Journal des Connaissances médicales* du 1er février 1883 sont des tumeurs à marche centripète. Elles n'ont pas pour point de départ une altération générale de l'individu. Elles ne sont point des tumeurs héréditaires. Longtemps elles sont localisées sans retentissement sur l'économie. Elles marchent de la périphérie au centre. Tourmentées, elles gagnent les parties voisines ; les lymphatiques absorbent peu à peu quelques éléments morbides et les charrient dans le premier ganglion qu'ils rencontrent; d'où induration et engorgement du ganglion ».

Dans cette observation intéressante à tous égards, nous sommes en présence d'un fibrome plantaire ulcéré sur lequel est venu se greffer un épithélioma avec retentissement sur les ganglions inguinaux correspondants.

Vingt jours après l'opération, la plaie du pied est complètement cicatrisée. Reste donc la masse ganglionnaire que M. le professeur Richet se propose d'enlever largement le plus tôt possible.

Observation II (personnelle).

Angiome ulcéré.

Le nommé M..., âgé de 48 ans, cultivateur, entre le 17 mai à l'Hôtel-Dieu, salle Notre-Dame, lit n° 23. Habitant de la campagne, cet homme a toujours joui d'une bonne santé.

Pas d'antécédents morbides, diathésiques ou acquis. Pas de syphilis, pas de rhumatismes.

Depuis nombre d'années, cet homme porte à la main gauche le plus bel exemple de chondromes bénins, mais il ne s'inquiète pas outre mesure de cette déformation et ce qui le tourmente davantage, c'est une tumeur ulcérée, de la grosseur d'une pomme d'api, située derrière la conque de l'oreille droite.

Le malade s'aperçut, il y a quelques années, qu'il lui venait, derrière l'oreille, une petite tumeur. Insignifiante et indolente au début, elle grossit d'années en années. Elle finit bientôt par acquérir le volume d'une noix. Alors, elle devint le siège de quelques élancements et surtout d'une démangeaison continuelle et persistante. Taquiné par ces démangeaisons, le malade se grattait. Bientôt la peau s'entama, s'excoria ; puis survinrent des hémorrhagies répétées, les douleurs augmentèrent et l'ulcération, petite et superficielle au début, gagna en surface et en profondeur.

Justement effrayé par la répétition de ces hémorrhagies et inquiet de l'accroissement de cette tumeur, ce malade implora les secours de l'art.

Actuellement la production morbide se présente à nous sous la forme d'une tumeur à large base, irrégulière, appliquée sur l'apophyse mastoïde dont elle est indépendante. La surface présente des ulcérations grisâtres, blafardes, fongueuses, saignant au moindre contact, à bords élevés et turgescents. Le fond de l'ulcère et même les parties avoisinantes où la peau n'a pas été écorchée, présentent une coloration noirâtre. Dans l'intervalle des hémorrhagies, la surface de l'ulcération donne naissance à un écoulement sanieux, séro-purulent ; pas de pulsations à la surface de la tumeur ; pas d'engorgement ganglionnaire.

Comme la tumeur était assez bien limitée et qu'elle n'était pas très volumineuse, le professeur Richet en pratiqua

l'extirpation complète. On fit une compression de cinq minutes sur la plaie qui donnait un peu de sang et on appliqua ensuite un pansement au sublimé. Quinze jours après l'opération, le malade sortait guéri de l'hôpital.

Examen microscopique. — A l'examen histologique, cette tumeur présenta le type de l'angiome caverneux, de la tumeur érectile véritable. Elle était formée d'un tissu analogue au tissu des organes érectiles dont les cavités étaient remplies de sang. Ces cavités étaient circonscrites par des cloisons fibreuses. En un mot, nous avions affaire à une tumeur érectile véritable, ulcérée en certains points et couverte, en ces points, de bourgeons charnus.

Cette observation est des plus intéressantes à plusieurs points de vue. C'est en effet un de ces cas où le diagnostic est très difficile. On pouvait penser à une tumeur de même nature que celle que le malade portait à la main gauche, c'est-à-dire à un chondrome ulcéré. Il était permis de se demander si ce n'était pas une tumeur épithéliale ou cancroïde, ou bien une tumeur mélanique, un sarcome mélanique, par exemple. La teinte générale noirâtre que présentait la production morbide plaidait en faveur de cette opinion. Mais vu l'état général du malade, vu l'intégrité parfaite des ganglions correspondants, vu l'état de souplesse et de mobilité parfaites de la peau et des tissus avoisinant la tumeur, vu les hémorrhagies répétées à la surface de cette ulcération, vu l'accroissement lent de la production morbide, force fut d'admettre un angiome

arrivé à cette phase d'ulcération si bien décrite par Auguste Bérard dans la *Gazette médicale*, 1841. C'est dans ces cas où la tumeur érectile n'est pas très volumineuse, où elle est bien limitée que l'on doit choisir l'extirpation comme méthode de traitement.

CONCLUSIONS.

1° L'ulcération n'est pas un caractère propre aux tumeurs malignes.

2° Ce phénomène est le résultat de conditions qui varient suivant l'espèce de tumeur que l'on considère. L'ulcération est *naturelle* dans les tumeurs malignes et *artificielle* (Broca), dans les tumeurs bénignes.

3° Le seul aspect de l'ulcération peut nous donner dans bien des cas des présomptions plus ou moins fortes en faveur de l'une ou l'autre espèce de productions morbides ; ainsi, tandis que l'ulcération de mauvaise nature est excavée, à bords indurés, à fond grisâtre et suintement ichoreux et fétide, l'ulcère bénin est d'un rouge vif, à bourgeons charnus exubérants ; la suppuration est franche et la peau environnante reste souple et mobile. Mais pour arriver à la certitude, pour parvenir à formuler un diagnostic vrai, il faut considérer l'ensemble des caractères généraux et locaux que présente le néoplasme.

4° L'ulcération est toujours une complication des tumeurs bénignes ; elle nous force à réserver le

pronostic; elle est une cause d'irritation permanente, de douleurs plus ou moins vives, d'une suppuration plus ou moins abondante et par là même elle affaiblit et épuise quelquefois les forces du malade. Il peut même arriver qu'elle devienne le point de départ du développement d'une production de mauvaise nature qui peu à peu se substitue à la tumeur bénigne.

5° La loi de la *permanence* des tissus si bien établie par Broca dans son Traité des tumeurs s'applique aussi bien aux tissus normaux qu'aux tissus pathologiques; les transformations apparentes sont des substitutions et non des dégénérescences de tissus. Ce sont de nouveaux éléments qui viennent se surajouter aux premiers.

6° Si donc elle est accessible, toute tumeur bénigne ulcérée doit être enlevée aussi radicalement et aussi largement que possible.

OUVRAGES CONSULTÉS

Th. Bilroth. — Des Tumeurs, in Elem. de path. chir. gen. (trad. française), Paris, 1868.

R. Virchow. — Path. cellulaire (trad. française), Paris, 1851 et Pathol. des tumeurs (trad. par P. Aronsoln), 1867.

P. Broca. — Traité des tumeurs, Paris, 1866.

Follin. — In Traité élémentaire de path. ext., t. I, 1861.

Paget. — Lectures on tumours, London, 1851.

H. Lebert. — In Traité d'anat. path. gén. et spéc., Paris, 1855-57.

A. Heurtaux. — Tumeurs, in Nouv. dict. de méd. et de chir. prat.

— Fibromes.

Verneuil. — Quelques prop. sur les fibromes, etc., in Compt. rend. et Mém. de la Soc. de biologie, 2e série, t. II, 1855.

Astley-Cooper. — Œuvres complètes chirurgicales (trad. Richelot et Chassaignac).

Labbé et Coyne. — Traité des tumeurs bénignes du sein.

A. Lucke (de Berne). — Allg. chirurg. der Geschwülste in Handle, der Allg. u. spec. chirurgie, Erlangez, 1867.

Dupuytren. — Leçons orales de clin. chirurgicale, t. III, p. 202, 1839.

A. Bérard. — Mém. sur le traitement des tumeurs érectiles, in Gaz. méd., 1841, p. 689.

Eugène Boeckel. — Tumeurs érectiles, in Nouv. dict. de méd. et de chir. prat., t. XIII, p. 730.

Reclus. — In Manuel de path. ext., t. I, 1884.
Maunoir. — Mélanges de chirurgie étrangère, t. II, p. 544.
Daniel Mollière. — In Dict. encycl. des sciences médicales.
Cornil et **Ranvier**. — Manuel d'hist. path.

Vu : Le président de la thèse,
RICHET.

Vu et permis d'imprimer,
Le vice-recteur de l'Académie
de Paris,
GRÉARD.